Ueber
subkutane intraperitoneale Nierenverletzung

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Heinrich Wichmann
approb. Arzt aus Hopsten i. Westf.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 5. Juni 1920.
Referent: Prof. Läwen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1920

De Quervain konnte in seiner Monographei „Ueber subkutane intraperitoneale Nierenverletzung“ (1902) auf 17 bis dahin überhaupt bekannte Fälle intraperitonealer Nierenruptur Bezug nehmen. In meiner Arbeit sind weitere 7 operativ behandelte Fälle aus der Literatur zusammengestellt und ein von Magnus in der Chirurgischen Klinik zu Marburg operierter Fall ausführlich mitgeteilt, dessen Krankengeschichte im Auszuge folgt.

8jähriger Knabe wird überfahren. Nach 24 Stunden Aufnahme in die Klinik. Schlechter Allgemeinzustand. Schwere Anaemie. Puls so klein und beschleunigt, daß er kaum zu fühlen ist. Bauchdeckenspannung rechts mehr als links vorhanden. Intraperitonealer Erguß ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Leib mäßig aufgetrieben, rechts mehr als links durchschmerzhaft. Urin stark blutig. Diagnose wird auf Nierenruptur mit gleichzeitiger Verletzung eines intraperitonealen Organs gestellt. Sofort Laparotomie. Urinös riechendes Blut in der Bauchhöhle. Keine intraperitoneale Verletzung. Bauchfellüberzug über der rechten Niere breit eingerissen. Rechte Niere in der Mitte zerrissen. Transperitoneale Nephrektomie der rechten Niere. Tod nach 10 Tagen an Bronchopneumonie. Kein Sektion.

Es sei die Quellenangabe der sieben von mir in der Literatur gesammelten Fälle subkutaner intraperitonealer Nierenruptur angeschlossen.

Fall II. Riese, Arch. f. klin. Chir. 1903, Bd. 71.) Zimmergeselle stürzt mit der Seite auf scharfkantigen Balken auf. Lumbale Nephrektomieder linken Niere, Heilung.

Fall III. (Waldvogel, Zentr. Bl. f. Chir. 1902. Patient ist überfahren worden. Naht des Peritonealrisses, Tod 3 Stunden nach der Operation.

Fall IV. (Keuper, Beitr. f. klin. Chir. Bd. 72, 1911.) Sturz auf die rechte Seite aus 1 1/2 m Höhe. Transperitoneale Nephrektomie der rechten Niere. Tod 1 1/4 h nach der Operation an Nachblutung.

Fall V. (Noetzel, Beitr. f. klin. Chir. Bd. 61, 1906.) Patient ist überfahren worden. Transperitoneale Nephrektomie der rechten Niere. Am dritten Tag Tod an Lungenembolie.

Fall VI. (Goldstein, Zentralbl. f. Chir. 1902.) Lumbale Nephrektomie. Tod am 11. Tage an Ileus.

Fall VII. (Alpi, Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 36.) Zuerst Laparotomie. Tamponade. Nach 8 Tagen Nephrektomie, Heilung.

Fall VIII. (Franklin, American journ. of surgery 1906 Ref. im Zentralbl. f. Chir. 1906.) Sturz auf Eisenbahnschiene. Transperitoneale Nephrektomie der linken, Tamponade der verletzten rechten Niere. Heilung.

Es werden nun in der Arbeit zwei konservativ geheilte Fälle angefügt, die de Quervain im Rev. med. de la Suisse rom. 1910 Nr. 8 veröffentlichte, bei denen er die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf subkutane intraperitoneale Nierenruptur stellte.

Dann wird die Aetiologie und der Mechanismus der Verletzung kurz besprochen, auf das relativ häufige Vorkommen derselben bei Kindern hingewiesen.

Ausführlich wird die Diagnose und die Differentialdiagnose gegenüber der rein extraperitonealen Ruptur der Niere und gegenüber der Mitverletzung eines intraperitonealen Organes behandelt.

Intraperitonealer Erguß und Zeichen von Bauchfellreizung können im Verein mit den Symptomen extraperitonealer Ruptur der Niere nicht die Diagnose auf intraperitoneale Nierenruptur sichern. Intraperitonealer Erguß kann von der gleichzeitigen Verletzung eines intraperitonealen Organs herrühren.

Peritonitische Zeichen, die infolge Harn- und Blutergusses in die Bauchhöhle auftreten, sind zum mindesten

im Anfange schwer von dem Bilde der infektiösen Peritonitis z. B. infolge Darmruptur zu trennen. Zu dem findet sich peritonitische Reizung auch bei rein extraperitonealen Nierenrupturen. Die Diagnose kommt in den meisten Fällen nicht über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hinaus.

Was die Prognose angeht, so ist die Gefahr der Verblutung sehr groß, da die anatomischen Verhältnisse der Ausbreitung der Blutung bei gleichzeitigem Bauchfellrisse kein Hindernis in den Weg legen. Die Gefahr der Peritonitis ist nach Tierversuchen und klinischen Beobachtungen nicht zu überschätzen, wenn auch zweifellos Blut- und Urinerguß in die Bauchhöhle die Infektionsgefahr erhöhen.

Die Behandlung ist in Fällen — bei Ausschluß der Verletzung eines intraperitonealen Organes — wo geringe Haematurie, geringer Flüssigkeitserguß im Abdomen und Fehlen von Erscheinungen schwerer Anaemie, eine leichtere Verletzung annehmen lassen, eine zuwartende.

Bei Gefahr der Verblutung, bei Verdacht auf Mitverletzung eines intraperitonealen Organs darf bei konservativer Grundtendenz mit der Operation nicht gezögert werden. Bei unsicherer Diagnose ist die mediane Laparotomie angezeigt.

In Fällen, wo Mitverletzung eines intraperitonealen Organes nicht anzunehmen ist, ist lumbales Vorgehen zu wählen, das zweifellos besser die stets anzustrebende Erhaltung der Niere gestattet.

Nach der vorliegenden Kasuistik sind von 13 operativ behandelten Fällen 6 endgültige Heilungen zu verzeichnen.